



DECÁLOGO DE PRIORIDADES PARA ATENCIÓN PRIMARIA

1. Dimensión adecuada de los cupos

que posibilite el tiempo necesario de consulta por paciente para una asistencia profesional, tendente a la excelencia, y adaptada a los nuevos conceptos y necesidades del cuidado de la salud: tareas preventivas, atención a la cronicidad, cuidados paliativos, toma de decisiones compartidas, prevención cuaternaria, evitación del sobrediagnóstico y sobretratamiento, tiempo para conversaciones difíciles, razonamiento clínico y efectividad clínica (*right care*). Razonable sería: 12 minutos por paciente de media, máximo 28 citas/día, tope de 1350 pacientes por médic@ de familia y máximo 900 por pediatra, con autonomía y flexibilidad en las agendas.

2. Cobertura de todas las ausencias.

(IT, libranzas, días de libre disposición, días de formación, vacaciones) con planificación anual y con contratos atractivos para conseguir personal estable.

3. División de la jornada en tres bloques:

- Atención a los pacientes.
- Trabajo en equipo sobre temas organizativos y de salud.
- Formación e investigación.

4. Acceso real a pruebas diagnósticas.

Disponibilidad en tiempo y forma de todas las pruebas diagnósticas y complementarias que se precisen.

5. Reducción de la burocracia

en la consulta con simplificación de los procedimientos y seguimiento de la efectividad de las medidas tomadas. Historia clínica electrónica orientada a la utilidad clínica, humanista y narrativa, con consideración psicosocial.

6. Continuidad asistencial real y eficaz

mediante protocolos conjuntos y consensuados con atención especializada y otras.



7. Reorganización de la urgencia de Atención Primaria

para evitar disfunciones en la consulta que producen mala asistencia, estrés y frustración entre sus actores. Transporte del personal sanitario con conductor para las visitas domiciliarias, urgentes y no urgentes.

8. Potenciación de las funciones de enfermería

primordial para el funcionamiento del centro, como muestra la evidencia disponible. Adecuación de las plantillas de enfermería, TCAE y personal celador.

9. Organización democrática de los centros de salud,

en relación con la elección del coordinador y de las decisiones que afecten a los componentes del equipo. Profesionalización y formación en gestión de los mandos intermedios.

10. Retribuciones equiparables

a otros estamentos sanitarios de igual formación y responsabilidad. Incentivación de la longitudinalidad y de la dispersión y aislamiento geográficos. Realización de un nuevo diseño de los incentivos profesionales, potenciando la motivación interna, la formación y la autonomía personal en la toma de decisiones, mediante el diálogo y el consenso.

Estas cuestiones requieren una **financiación adecuada**, por lo que resulta imprescindible **incrementar la aportación económica más allá del 20%**, aunque sería un punto de buen comienzo. Como se ha dicho, toda decisión política que no vaya manifestada en forma de presupuesto no es una decisión política.

